

Integratie verslavingszorg en ggz: leidt het tot betere zorg?

Ruud Rutten en Gerard M. Schippers*

Verslavingszorg was in Nederland, evenals in veel andere landen, lange tijd separaat van de rest van de ggz georganiseerd. Met het ontstaan van grote geïntegreerde ggz-instellingen en met de acceptatie van verslaving als psychiatrische stoornis, is daar een kentering in gekomen. Meer dan de helft van de Nederlandse verslavingszorg werd in het afgelopen decennium onderdeel van brede ggz-instellingen. Heeft deze kentering geleid tot een verandering dan wel verbetering van het bereik van patiënten, tot veranderingen in het behandelde cohort en/of tot andere vormen van behandeling? Uit een vergelijking van landelijke cijfers uit 1995-1997 met die van 2009-2011 blijkt dat er circa 55 procent meer patiënten en relatief meer vrouwen en vooral meer ouderen werden behandeld. Ook is er een drastische vermindering van opiaatbehandelingen. Verder neemt het aantal patiënten die vaker of permanent behandeld worden toe, maar neemt de totale behandeluur daarentegen af. Ofschoon de instroom van nieuwe patiënten bij de categoriale instellingen iets hoger is, moeten we concluderen dat integratie in de ggz de toegankelijkheid van verslaafden in de zorg niet heeft vergroot of veranderd. Ook in cliëntprofielen zijn er geen belangrijke verschillen tussen categoriale en geïntegreerde instellingen en evenmin in type behandeling. Samengevat betekent dit dat er belangrijke tijdseffecten gelden voor alle instellingen en dat er nauwelijks verschillen zijn tussen wel en niet met de ggz-geïntegreerde instellingen, noch in gunstige, noch in ongunstige zin.

* Drs. R. Rutten is bestuursvoorzitter van Tactus Verslavingszorg. E-mail: r.rutten@tactus.nl.

Prof. dr. G.M. Schippers is emeritus hoogleraar verslavingsgedrag en zorgevaluatie van het AMC van de Universiteit van Amsterdam.

De auteurs danken Ton Mol en Jeroen Wisselink (IVZ) en Tim Kok (Tactus) hartelijk voor hun hulp bij de data-analyses. We danken Maarten Koeter voor zijn constructieve bemerkingen bij eerdere versies.

Inleiding

De afgelopen decennia is er gestreefd naar het integreren van geestelijke gezondheidszorg in grote ggz-organisaties. Dat gold ook de zorg voor verslaafden. Daar waren goede gronden voor. Patiënten die lijden aan een verslaving en daarvoor in behandeling gaan, hebben vaak ook een andere psychiatrische stoornis. Omgekeerd geldt dat veel patiënten in de algemene en de forensische psychiatrie ook verslaafd zijn. Er is vaak sprake van ondersignalering over en weer en daardoor ook van onderbehandeling. Leshners artikel 'Addiction is a brain disease and it matters' (Leshner, 1997) markeert een verschuiving van denken, waarbij verslaving meer gezien wordt als een psychiatrische stoornis en daarom niet langer geweerd moet worden in veel psychiatrische behandelingen, maar er juist zou moeten worden ingepast.

De ontwikkeling naar een geïntegreerde ggz is niet primair een inhoudelijke aanpassing, maar vooral een organisatorische verandering. Organisatiestrategisch is het echter de vraag of integratie tot verbetering leidt. Er zijn ook argumenten om niet te integreren, maar te specialiseren. Porter en Teisberg (2006) onderzochten de dynamiek in de Amerikaanse gezondheidszorg, met de vraag waarom 's werelds duurste gezondheidszorg gebukt gaat onder lange wachtlijsten, hoge kosten, veel onverzekerden, medische fouten en ontevreden patiënten. Zij noemen als oorzaak gebrek aan samenhang, coördinatie en systematische kwaliteitsbeheersing in de zorg. Verder suggereren ze dat meer ketens van zorg nodig zijn, specifiek voor selectieve patiëntengroepen. Minder horizontale echelons of lijnen, maar meer verticale zorgpaden en 'disease management', waarbij concurrentie kan plaatsvinden op het niveau van die ketens. Alleen dan zouden investeringen in innovatie, preventie of vroegsignalering daadwerkelijk kunnen renderen voor zorgaanbieders en zou de zorg niet alleen beter maar ook goedkoper worden. Dat werkt volgens hen beter dan prijsconcurrentie op eenvoudige verrichtingen, wat alleen leidt tot verschraling van de zorg. Daarmee geven zij - zeker daar waar sprake is van marktwerking - een krachtig argument voor specialisatie en (dus) niet voor integratie. Het is derhalve de vraag of integratie in de ggz leidt tot betere toegankelijkheid. Wanneer dit het geval is, moet dat blijken uit verschillen in aard en omvang van behandelde patiënten in categoriale en geïntegreerde instellingen. Die integratie heeft voor een deel plaatsgevonden in Nederland. Daarom kan de volgende vraag beantwoord worden: heeft de organisatorische integratie van verslavingszorg en ggz geleid tot verandering in aard en omvang van de behandelde patiënten met verslaving en in hun behandeling?

Methodes

De Nederlandse verslavingszorg vindt grotendeels plaats in elf regionale instellingen. Deze zijn, als gevolg van de reorganisaties in het afgelopen decennium, te verdelen in twee groepen van ongeveer gelijke grootte: een groep die categoriaal was en is gebleven en een groep die integreerde in brede ggz-organisaties. De onderzoeksvraag wordt beantwoord door het vergelijken van de instroomgegevens van deze beide groepen instellingen. Alle verslavingszorginstellingen leveren gegevens aan het Landelijk Alcohol- en Drugsinformatie Systeem (LADIS, 2012). Deze databank is geanalyseerd op aard en omvang van de instroom tijdens twee perioden van drie jaar: de periode voorafgaand aan de meeste fusies (1995-1997) en de periode erna (2009-2011).

De geïntegreerde groep bestaat uit zes instellingen die gedurende de eerste periode georganiseerd waren als categoriale instellingen en voorafgaand aan de tweede periode fuseerden met een ggz-organisatie. Dit betreft Brijder Noord, Brijder Zuid, Arkin, Emergis, IrisZorg, Mondriaan en Vincent van Gogh. IrisZorg is weliswaar niet gefuseerd met een ggz-instelling, maar heeft een zo groot niet-verslavingszorgaanbod in haar portfolio (maatschappelijke opvang, RIBW en crisisopvang) dat zij om die reden is ingedeeld bij de geïntegreerde instellingen. Twee grote divisies voor verslavingszorg die onderdeel zijn van twee verschillende ggz-organisaties, Mondriaan en Vincent van Gogh, zijn in de analyses samengevoegd omdat zij in de historische data samen een CAD vormen en de oude data niet op te splitsen zijn. De Brijder is als twee afzonderlijke eenheden opgenomen omdat de registratiesystemen nog verschillend zijn. Beide keuzen hebben geen invloed op de totalen, doordat alle in de categorie van de geïntegreerde instellingen blijven. De groep die categoriaal bleef, bestaat uit vijf instellingen: Bouman GGZ, VNN, Centrum Maliebaan, Novadic-Kentron en Tactus Verslavingszorg. De geïntegreerde instellingen behandelden in de tweede periode in totaal 102.794 patiënten en de categoriale instellingen 119.939 patiënten. Het gaat dus wat betreft omvang en aantal instellingen om vergelijkbare groepen.

We vergeleken beide groepen in termen van cliëntaantallen, demografische kenmerken, primaire problematiek, behandelgeschiedenis, type behandelaar, type behandelcontact en verwijskanaal. Voor de behandelgeschiedenis is onderscheid gemaakt tussen patiënten die voor het eerst werden behandeld, degenen die opnieuw werden behandeld, degenen die meerdere overlappende behandelperiodes hadden en degenen die continu in zorg waren. Opnieuw behandeld houdt in dat een eerdere behandelperiode is afgesloten en de cliënt opnieuw werd

ingeschreven, of wanneer er meer dan een half jaar geen contact was geweest en een behandelcontact opnieuw werd gestart. Van overlappende behandelingen is sprake wanneer er meerdere elkaar overlappende behandelperioden waren, maar de behandeling wel in het rapportagejaar werd beëindigd. Doorlopend in zorg zijn patiënten die het hele jaar in zorg waren. Bij behandelgeschiedenis, type behandelaar en type behandelcontact maakte we onderscheid tussen opiaatafhankelijken en niet-opiaatafhankelijken, vanwege de mogelijk specifieke positie van methadon- en heroïnebehandeling.

Resultaten

Gemiddeld genomen zijn zowel de geïntegreerde als de categoriale instellingen flink gegroeid, de categoriale wat meer (61%) dan de geïntegreerde (53%). De groei liep tussen de instellingen wel sterk uiteen, namelijk van 3-120 procent. Bij deze uitersten ging het om twee relatief kleinere instellingen. Beide groepen kennen sterke en minder sterke groeiers (zie tabel 1).

Zoals uit tabel 2 blijkt, deden zich tussen beide perioden belangrijke verschuivingen voor in de patiëntenpopulatie: meer vrouwen, meer ouderen en een halvering van het aantal opiaatafhankelijken. Deze verschuivingen zijn echter in beide groepen instellingen grosso modo gelijk.

Tabel 1. Percentuele groei in aantal patiënten in 1995-1997 en 2009-2011 (bron: LADIS).

	Instellingen	Groei (%)
Geïntegreerde instellingen *	1	+ 40
	2	+ 51
	3	+ 103
	4	+ 66
	5	+ 3
	6	+ 18
	Gemiddeld	+ 53
Categoriale instellingen **	7	+ 14
	8	+ 120
	9	+ 98
	10	+ 67
	11	+ 59
	Gemiddeld	+ 61

* n = 102.794 in 2009-2011. ** n = 119.939 in 2009-2011.

Tabel 2. Geslacht, leeftijd, culturele herkomst, primaire problematiek en psychiatrische comorbiditeit van patiënten in 2009-2011 en verschil met 1995-1997 (tussen haakjes) in percentages (bron: LADIS).

	Geïntegreerde instellingen*	Categoriale instellingen**
	2009-2011 (Δ 1995-1997)	2009-2011 (Δ 1995-1997)
Man (%)	76 (-3)	77 (-3)
Leeftijd (gemiddeld)	39,1 (+2,9)	36,0 (+1,5)
Autochtoon	75 (-6)	82 (-3)
Primaire problematiek alcohol (%)	51 (+9)	46 (+4)
Opiaten	14 (-17)	16 (-17)
Cocaïne	12 (+5)	13 (+6)
Medicijnen	1 (+1)	1 (0)
Cannabis	14 (+9)	15 (+10)
Amfetaminen/xtc	2 (0)	3 (+1)
Gokken	4 (-6)	4 (-6)
Ghb	0 (0)	1 (+1)
Overige	2 (+1)	2 (+1)

* n = 102.794 in 2009-2011. ** n = 119.939 in 2009-2011.

Tussen beide perioden neemt het percentage eerste opnamen af. Dat geldt ook voor het percentage overlappende behandelingen. Het percentage herhaal- en doorlopende behandelingen neemt daarentegen toe. Deze ontwikkeling is bij opiaatverslaafden sterker dan bij niet-opiaatpatiënten. Bij de geïntegreerde instellingen daalt het aandeel herhaalbehandeling relatief minder en bij de categoriale instellingen stijgt het aandeel van doorlopende behandelingen relatief wat meer. Zowel de gemiddelde behandelduur als het gemiddeld aantal behandel-episoden neemt tussen de beide perioden fors af. Bij de geïntegreerde instellingen neemt de behandelduur sterker af (46 versus 32%), bij de categoriale instellingen is dat het geval bij het aantal behandel-episoden (20 versus 24%).

Bij het soort verrichting is over de tijd een verschuiving van begeleiding naar behandeling te zien. Met name bij de opiaatafhankelijken wordt bij de geïntegreerde instellingen vaker voor een medische en bij de categoriale instellingen vaker voor een psychosociale aanpak gekozen (zie tabel 5). Dit is niet onmiddellijk terug te zien in de ingezette disciplines (zie tabel 6). De inzet van maatschappelijk werkers neemt percentueel sterk af. De geïntegreerde instellingen zetten relatief meer

Tabel 3. Type behandeling van patiënten in 2009-2011 en verandering ten opzichte van 1995-1997 van wel en niet-opiaatverslaafde patiënten in percentages (bron: LADIS).

	Geïntegreerde instellingen*			Categoriale instellingen**		
	%	Verandering niet-opiaat	Verandering opiaat	%	Verandering niet-opiaat	Verandering opiaat
Eerste behandeling	22	-19	-18	22	-15	-14
Herhaalbehandeling	21	+11	-4	16	+5	-7
Overlappende behandeling	27	-4	-12	24	-10	-16
Doorlopende behandeling	31	+11	+32	38	+18	+37
Totaal	100			100		

* n = 102.794 in 2009-2011. ** n = 119.939 in 2009-2011.

Tabel 4. Gemiddelde behandelduur en gemiddeld aantal behandel episodes in 2009-2011 en verandering ten opzichte van 1995-1997 in percentages (bron: LADIS).

	Geïntegreerde instellingen		Categoriale instellingen	
	1995-1997	2009-2011	1995-1997	2009-2011
Gemiddelde behandel episode in dagen	598	320	617	418
Afname (%)		-46		-32
Gemiddeld aantal behandel episodes	2,50	2,15	2,57	1,95
Afname (%)		-14		-24

psychologen en artsen in. Het aandeel psychiaters is gelijk gebleven, maar het aandeel verpleegkundigen is sterk gestegen, vooral bij de opiaatpatiënten. Tussen categoriale en geïntegreerde instellingen bestaan weinig verschillen.

In de verwijskanalen ten slotte is vooral meer verwijzing uit de algemene gezondheidszorg zichtbaar bij de geïntegreerde instellingen (zie tabel 7). Het percentage verwijzingen uit de ggz ligt bij de geïntegreerde instellingen 3 procent hoger dan bij de instellingen die niet met de ggz fuseerden.

Tabel 5. Soort ambulante contacten van wel en niet-opiaatverslaafde patiënten in 2009-2011 en verschil met 1995-1997 in percentages (bron: LADIS).

	Geïntegreerde instellingen*			Categoriale instellingen**		
	2009-2011			2009-2011		
	Totaal	Verandering niet-opiaat	Verandering opiaat	Totaal	Verandering niet-opiaat	Verandering opiaat
Crisis	1	-1	-1	1	-1	0
Intake	4	-4	-1	5	-5	-5
Verwijzing	0	-3	-4	0	-2	-2
Behandeling psychosociaal	40	+5	+17	49	+15	+44
Begeleiding psychosociaal	13	-9	-19	8	-20	-32
Behandeling medisch	28	+18	+44	6	+3	+1
Begeleiding medisch	1	-7	-21	9	+3	+3
Maatschappelijke begeleiding	2	-5	-16	11	+3	-7
Nazorg	0	0	0	1	0	0
Psychologisch onderzoek	2	-2	+1	1	+1	0
Medische intake	1	+1	0	1	+1	+1
Overig	8	+3	+1	7	+3	-2
Totaal	100	100	100	100	100	100

* n = 1.638.372 in 2009-2011, waarvan 320.724 bij opiaatverslaafden. ** n = 2.867.381 in 2009-2011, waarvan 833.849 bij opiaatverslaafden.

Tabel 6. Discipline van verrichtingen van wel en niet-opiaatverslaafde patiënten in 2009-2011 en verschil met 1995-1997 in percentages (bron: LADIS).

	Geïntegreerde instellingen*			Categoriale instellingen**		
	2009-2011			2009-2011		
	Totaal	Verandering niet-opiaat	Verandering opiaat	Totaal	Verandering niet-opiaat	Verandering opiaat
Maatschappelijk werker	34	-24	-16	41	-25	-28
Psycholoog	15	+12	+3	7	+2	0
Psychiater	1	0	+1	1	+1	+1
Arts	9	-3	-2	5	0	-5
Verpleegkundige	23	+11	+20	27	+14	+41
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	10	+1	-1	5	+1	-5
Andere	6	-5	-6	7	-2	-6
Onbekend	1	+1	0	6	+7	+3
Totaal	100	100	100	100	100	100

* n = 1.638.372 in 2009-2011, waarvan 320.724 bij opiaatverslaafden. ** n = 2.867.381 in 2009-2011, waarvan 833.849 bij opiaatverslaafden.

Tabel 7. Verwijzers in 2009-2011 en verschil met 1995-1997 in percentages (bron: LADIS).

	Geïntegreerde instellingen	Categoriale instellingen
	2009-2011	2009-2011
Patiënt zelf	24 (-32)	25 (-30)
Verslavingszorg	1 (-3)	3 (-2)
Justitie	12 (-2)	11 (-6)
Agz	32 (+21)	19 (+8)
Ggz	8 (+3)	5 (0)
Maatschappelijke zorg	2 (-2)	2 (-2)
Onbekend	21 (+16)	35 (+33)
Totaal	100	100

Conclusies en discussie

De ggz is fors gegroeid in de onderzochte periode en de verslavingszorg nog iets meer. Er worden meer mensen geholpen. In de verslavingszorg is een duidelijke vergrijzing te zien, in combinatie met toename van zorg voor chronische patiënten. De opiaatverslaafden zijn daar, ondanks de daling in het absolute aantal, toch nog een behoorlijk percentage van. Toch is de gemiddelde behandelduur met maar liefst 39 procent afgenomen. Tegenwoordig wordt er over het algemeen meer behandeld en minder begeleid dan vroeger.

Beide onderzoeksgroepen zijn goed vergelijkbaar wat betreft omvang en groeispreiding over de organisaties. Of het strategisch beter is te specialiseren of juist te integreren, is op grond van deze analyse niet te zeggen. Fusen tot een brede ggz levert in ieder geval in termen van instroom geen meerwaarde op, want juist de categoriale instellingen groeiden sterker. Ook wat betreft bereikte doelgroep zijn geen overtuigende verschillen te zien. De behandelduur is bij de geïntegreerde instellingen meer (46%) afgenomen dan bij de categoriale instellingen (32%). Daar nam het aantal behandel episodes echter meer af. In de geïntegreerde instellingen worden opiaatafhankelijken vaker medisch behandeld.

Er zijn geen grote verschillen te zien tussen de beide groepen instellingen in verwijzingen uit de ggz. Weliswaar hebben de geïntegreerde instellingen een groter aandeel agz-verwijzingen, maar dit leidt niet tot meer nieuwe instroom. Integendeel, dat is juist bij de categoriale instellingen meer waar te nemen. Opvallend is het grote aantal onbekende verwijzers. Dit is groter bij de categoriale instellingen. Het is dan ook nog maar de vraag of er daadwerkelijk bij geïntegreerde instellingen meer verwijzingen zijn vanuit de agz (zoals huisartsen) of dat de formele logistiek (bijvoorbeeld door de inzet van praktijkondersteuners bij huisartsen) beter geregeld is. Deze cijfers lijken eerder te bevestigen dat het traditionele gezondheidszorgkanaal niet de manier is om verslaafden eerder in zorg te krijgen.

Wat betreft personeel is er sprake van een relatieve, maar geen absolute afname van het aandeel van maatschappelijk werkers te zien. Ook het aantal maatschappelijk werkers is toegenomen; bij categoriale instellingen sterker dan bij geïntegreerde instellingen. Vooral het aantal verpleegkundigen is sterk toegenomen. Deze veranderingen duiden op een verschuiving van een meer sociaal-maatschappelijke naar een gezondheidkundige aanpak. We zien namelijk ook een relatieve toename van de behandelcontacten in plaats van begeleidingscontacten.

ten. Geïntegreerde instellingen hebben relatief meer psychologen en artsen in dienst. Bij de inzet van psychiaters en verpleegkundigen zijn geen verschillen zichtbaar.

Helaas zijn geen gegevens beschikbaar over verandering in aantallen patiënten met psychiatrische comorbiditeit. Bijna alle geïntegreerde instellingen leggen dit op een niet-valide manier vast, doordat dit geautomatiseerd binnen hun eigen registratiesysteem wordt gedaan en daarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen eerdere verslavingsbehandelingen en overige psychiatrische behandelingen; daardoor is zowel van onder- als van overregistratie sprake. Uiteraard zijn deze gegevens voor behandelaars wel beschikbaar, maar niet in de door ons gebruikte geaggregeerde dataset. Het toenemende belang dat wordt gehecht aan dit soort gegevens, vraagt om actieve exploratie en wetenschappelijke bewerking. Met de komst van Routine Outcome Management (ROM) en het meer sturen van inkopers op data, wordt dit van belang voor de sector.

Bij de vergelijking die hier is gemaakt, moeten we ons realiseren dat er nog niet veel tijd is verstreken sinds de grote fusies. De onderlinge verschillen tussen instellingen zijn soms ook groot en enkele fusies of opsplitsingen kunnen het beeld weer doen veranderen. Er is mogelijk meer tijd nodig om eventuele effecten te kunnen vaststellen. Bovendien gaat het om een ideaaltypische tegenstelling tussen beide mogelijkheden. Een gespecialiseerde keten kan veel joint ventures hebben met de ggz, terwijl een geïntegreerde ggz-organisatie zorgprogramma's als zelfstandige businessunits in de markt kan zetten met een eigen merk en 'look and feel'. Een compleet en goed georganiseerde en toegankelijke gezondheidszorg zal in de toekomst gekenmerkt worden door een palet van organisaties, groot en klein, gespecialiseerd of breed, in een matrix van zowel horizontale als verticale integraties. Iedere organisatie zal participeren in horizontale (generaliseren) en verticale (specialiseren) zorgketens, al dan niet gezamenlijk met andere organisaties.

Overigens levert niet de hele verslavingszorg gegevens aan LADIS. Twee grote ggz-organisaties die beschikken over een gespecialiseerde verslavingsdivisie (inclusief afkickklinieken) leveren geen gegevens. Bovendien kan, zoals gezegd, meer behandeling plaatsvinden binnen die ggz-organisaties dan in de LADIS zichtbaar wordt. Ook maken de gespecialiseerde commerciële klinieken geen deel uit van het LADIS, evenals het Leger de Heils, dat ook over gespecialiseerde verslavingszorg beschikt. Het is echter maar de vraag of dit, mede ook gezien de omvang van het LADIS, de resultaten sterk beïnvloedt.

Organisatorische vormgeving is een uitdrukking van de strategische visie van het bestuur van een organisatie. De gekozen vormen beïnvloeden de markt en het gedrag van patiënten. Verslaving is een ziekte die door taboes en schaamte tot onderbehandeling kan leiden. De breed gedragen filosofie van de 'brede ggz' lijkt hier geen sprong voorwaarts te hebben opgeleverd. Gezien het belang van dit thema, zeker in tijden van het geleidelijk toenemen van marktwerking, verdient een nadere studie of het hier op een tijdelijk artefact gaat of om een ontwikkelrichting. Ook verdient het aanbeveling om het LADIS te verbreden met data uit de ggz en de commerciële aanbieders van verslavingszorg.

Verslaving wordt meer en meer gezien als een naar chroniciteit neigend multifactorieel bepaalde terugvalstoornis, waarbij zij die hulp zoeken reeds de nodige pogingen om al dan niet met hulp te stoppen achter de rug hebben. De verslavingszorg heeft daarop geaccommodeerd, door patiënten vaker en langer in zorg te nemen en vaker multidisciplinair te behandelen. Tegelijkertijd heeft ze de behandelduur substantieel verkort. Integreren in de ggz heeft de toegankelijkheid echter vooralsnog niet vergroot.

Summary

Integration of substance abuse and mental health treatment centres: Did it led to better care?

Ruud Rutten and Gerard M. Schippers

As in many other countries, substance abuse treatment in the Netherlands was mainly organized separated from general mental health treatment. This was changed when addiction was accepted as just another mental health disorder, and centres integrated. In the past decade, about half of the eleven large regional Dutch substance abuse treatment centres have been merged with a centre for general mental health, the other half remained categorical. Did integration led to improvements? Comparing patient cohorts in 1995-1997 with 2009-2011 in both categories, revealed that circa 55% more people were treated, including relatively more women and more older people. The number of opiate patients declined drastically. The number of chronic patients increased and duration of treatment shortened. We found, however, hardly any differences between the two types of substance abuse treatment organ-

izations, although the categorical centres included somewhat more new patients. Also, type of treatment, disciplines of treatment staff, nor referral practice showed much differences between the integrated and categorical centres. We conclude that integration in mental health had no large impact on substance abuse treatment, for the better, nor for the worse.

Literatuur

- Leshner, A.I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47.
- Porter, E.P. & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T. & Mol, A. (2012). *Kerncijfers verslavingszorg 2011*. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. Houten: IVZ.